



MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2018/2019

Gisela Sofia Viegas Messena Ferreira da Silva

Suicídio na Idade Pediátrica

Suicide in Pediatric Age

março, 2019

FMUP

Gisela Sofia Viegas Messena Ferreira da Silva

Suicídio na Idade Pediátrica

Suicide in Pediatric Age

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Psiquiatria

Tipologia: Artigo de Revisão

Trabalho efetuado sob a Orientação de:

Doutora Lia Sousa Fernandes

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:

Ata Médica Portuguesa

março, 2019

Eu, Gisela Sofia Viegas Messias Fernandes da Silva, abaixo assinado, nº mecanográfico 200204930, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 29/08/2019

Assinatura conforme cartão de identificação:

Gisela Sofia Viegas Messias Fernandes da Silva

NOME

Gisele Sofia Viegas Mesquita Ferreira da Silva

NÚMERO DE ESTUDANTE

E-MAIL

200204930 g.mesquita@gmail.com

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Psiquiatria

TÍTULO DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

Suicídio na Idade Pediátrica

ORIENTADOR

Duarte da Costa Fernandes

COORDINADOR (se aplicável)

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTES TRABALHOS APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input checked="" type="checkbox"/>
É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTES TRABALHOS (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input type="checkbox"/>
DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTES TRABALHOS.	<input type="checkbox"/>

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 29/03/2019

Assinatura conforme cartão de identificação: Gisele Sofia Viegas Mesquita Ferreira da Silva

Suicídio na Idade Pediátrica

Suicide in Pediatric Age

Gisela Messena¹

Professora Doutora Lia Sousa Fernandes²

¹Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

²Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital de São João, EPE

Correspondência:

Gisela Sofia Viegas Messena Ferreira da Silva

Rua de Barbeitos nº 100, 1º centro posterior, 4400-377 Vila Nova de Gaia

e-mail: gi.messena@gmail.com

Índice

Resumo.....	6
Abstract.....	7
Introdução.....	8
 Materiais e Métodos.....	10
Resultados.....	11
Epidemiologia do Suicídio.....	11
Etiologia e Fatores de Risco.....	13
Prevenção do Suicídio.....	15
Discussão/Conclusão.....	18
Referências bibliográficas.....	20
Anexo 1.....	26

Resumo

Introdução O suicídio, importante problema de saúde pública mundial, é a segunda causa de morte entre as crianças e adolescentes. Diversos fatores de risco e de proteção para o suicídio podem estar implicados na infância e adolescência. O conhecimento de tais fatores, particularmente os de risco, pode orientar a prevenção, bem como a intervenção. Este trabalho de revisão da literatura tem como objetivo a análise de teorias clássicas sobre o suicídio, bem como a síntese da informação publicada mais recentemente sobre o suicídio na idade pediátrica.

Materiais e Métodos Pesquisa de estudos publicados entre 2010 e 2019 em língua portuguesa e inglesa no motor de busca PubMed. Palavras-chave: «suicide»; «suicide attempts»; «epidemiology»; «pediatric age»; «risk factors»; «protective factors»; «prevention»; «technology».

Resultados Anualmente morrem por suicídio cerca de 800 mil pessoas, e há muitas mais pessoas que tentam o suicídio. Em Portugal, desde 1994 a 2010, a taxa de suicídios oscila entre 1,3 (1997) e 2,9 (1995) por 100.000 habitantes na faixa etária dos 15 aos 19 anos. Fatores de risco como fatores psicológicos, eventos de vida stressantes e traços de personalidade foram identificados.

Discussão O suicídio é um fenómeno complexo e multifacetado fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social. As estratégias de prevenção da ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas implicam interações e sinergias multisectoriais, multiculturais e multiprofissionais, onde a vertente da saúde deverá funcionar como o núcleo central no planeamento, organização, operacionalização e avaliação, mas nunca de forma isolada.

Palavras-Chave: suicídio; tentativas de suicídio; epidemiologia; idade pediátrica; fatores de risco; fatores de proteção; prevenção; tecnologia.

Abstract

Introduction Suicide, a major public health problem worldwide, is a second cause of death among children and adolescents. Several risk and protective factors for suicide are implicated in childhood and adolescence. Knowledge of such factors, particularly of risk, should guide prevention as well as intervention. This work of literature review aims, to analyze classic theories about suicide as well as the synthesis of the most recently published information on suicide in the pediatric age.

Materials and Methods research of studies published between 2010 and 2019 in the Portuguese and English language in PubMed databases. Keywords: «suicide»; «suicide attempts»; «epidemiology»; «pediatric age»; «risk factors»; «protective factors»; «prevention»; «technology».

Results Approximately 800,000 people die each year from suicide, and there are many more people who attempt suicide. In Portugal, from 1994 to 2010, suicide rates range from 1.3 (1997) to 2.9 (1995) per 100,000 inhabitants aged 15-19. Risk factors such as psychological factors, stressful life events and personality traits were identified.

Discussion Suicide is a complex and multifactorial factor of the interaction of factors of philosophical, anthropological, psychological, biological and social order. Strategies to prevent suicidal ideation, autonomous and suicidal behaviors involve multisectoral, multicultural and multiprofessional interactions and synergies, in which the health sector should function as a central nucleus in planning, organization, operation and evaluation, but never in isolation.

Keywords: suicide; suicide attempts; epidemiology; pediatric age; risk factors; protective factors; prevention; technology.

Introdução

A infância e adolescência podem definir-se como uma etapa de desenvolvimento sistemático e contínuo onde ocorrem importantes mudanças fisiológicas e psicossociais.⁸ Esta fase é uma etapa de aquisição de autonomia e um período extremamente importante para a construção do indivíduo.⁸ A adolescência é um período de grandes mudanças a nível biopsicossocial, o que torna esta fase mais vulnerável a alterações psicológicas.¹⁰⁻¹² A adolescência trata-se de uma etapa onde existe uma grande inquietação e oscilação emocional face às transformações que ocorrem (ex. puberdade), às tarefas que exigem atenção e empenho, às grandes dúvidas e certezas que emergem, tantas vezes desproporcionadas ou contrapostas.⁴⁰ É neste momento que questões como o sentido da vida, a morte, a imortalidade e o suicídio assumem a maior relevância.²

O suicídio é um problema complexo para o qual não existe uma única causa ou uma única razão. Ele resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais.⁷ Em 1984 a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o suicídio como "...um ato com um resultado fatal, que foi deliberadamente iniciado e preparado, com o prévio conhecimento do seu resultado final e através do qual o indivíduo pensou fazer o que desejava".

Ao longo do tempo, houve vários sociólogos, psicanalistas e psicólogos que tentaram explicar o suicídio. A primeira contribuição importante para o estudo das influências sociais e culturais sobre o suicídio foi feita no século passado pelo sociólogo francês Emile Durkheim (1897), que definiu o suicídio como todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo (ex. enforcamento) ou negativo (ex. greve de fome) praticado pela própria vítima, ato que a vítima saberia dever produzir esse resultado.¹⁰⁻¹¹

As teorias psicanalistas têm tentado explicar as motivações dos sujeitos numa perspetiva individual. Para estes pode considera-se no ato suicida a existência de conteúdo manifesto e de um conteúdo latente. O que a pessoa manifesta como razões para o seu desejo autodestrutivo é, na maior parte das vezes uma racionalização.³

O psicólogo Edwin Shneidman, um dos mais importantes investigadores da suicidologia e pioneiro da prevenção do suicídio, definiu o suicídio (1986) como "Ato consciente de autoaniquilação induzida, mais bem compreendido como uma doença multidimensional num indivíduo carente que entende o suicídio como maneira de resolver um problema". Este autor, cuja definição tem pontos em comum com a perspetiva psiquiátrica baseada na personalidade e psicopatologias do indivíduo mas que se distingue da visão dinâmica psicanalítica, enfatiza a complexidade dos

comportamentos suicidiários e a visão multidimensional do suicídio cuja abordagem considera dever ter uma dimensão global.¹⁰

O suicídio é um problema de saúde pública, com vastas consequências sociais, económicas e emocionais. Segundo dados da OMS mais de 800.000 pessoas morrem por suicídio todos os anos⁴, o que representa aproximadamente 1,5% de todas as mortes. A OMS estima que em 2020 este número possa subir para cerca de 1,5 milhões de mortes por ano. De salientar, a este respeito, que, por cada caso de suicídio consumado, existem cerca de 20 tentativas com o mesmo fim.⁷

O suicídio antes dos 15 anos é incomum, sendo que a maioria dos suicídios entre crianças e adolescentes ocorre no final da adolescência.⁵ Estatísticas sobre suicídio em adolescentes são especialmente preocupantes: o suicídio é a segunda principal causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos em todo o mundo em 2015.⁴
³⁴ Como o suicídio continua a ser um assunto delicado, é muito provável que seja sub-relatado devido ao estigma, criminalização e sistemas de vigilância fracos.¹⁴

Fatores sociais, psicológicos, culturais e muitos outros podem interagir para aumentar o risco de comportamento suicida, mas o estigma associado ao suicídio significa que muitas pessoas que precisam de ajuda se sentem incapazes de procurá-la.⁶ O conhecimento de tais fatores de risco pode orientar a prevenção bem como a intervenção.²² É muito importante identificar os fatores de risco que podem ser preditivos de futuras tentativas de suicídio.⁹

A prevenção deve focar-se no apoio e melhoria do funcionamento em contextos interpessoais e sociais, bem como em diminuir significativamente as condições de risco emocionais, físicas e económicas.²²

Esta revisão narrativa teve como propósito analisar a evidência a respeito da epidemiologia, fatores de risco e proteção do suicídio em idade pediátrica, bem como a importância e as estratégias adotadas na sua prevenção.

Materiais e Métodos

Foi realizada uma revisão narrativa sobre o Suicídio na Idade Pediátrica, privilegiando estudos publicados nos últimos 5 anos (2015-2019), embora alguns estudos realizados fora deste período foram utilizados por serem de grande relevância para a elaboração desta revisão. Foi utilizado o motor de pesquisa PubMed, sendo apenas incluídos estudos de língua Portuguesa e Inglesa. Foram utilizadas as palavras-chave «suicide»; «suicide attempts»; «epidemiology»; «pediatric age»; «risk factors»; «protective factors»; «prevention»; «technology», sendo que se realizou igualmente a pesquisa de referências bibliográficas dos estudos identificados e de revisões prévias. O tipo de estudos incluídos foram Estudos Originais, Revisões da Literatura e Meta-análises. A seleção inicial baseou-se na leitura dos Abstracts, mantendo-se os artigos mais relevantes e abrangentes para o que se propôs realizar e tendo sido estes lidos na íntegra. Excluíram-se os estudos que se direcionavam apenas para um transtorno/doença mental, crianças e adolescentes pertencentes a algum grupo específico, todos os estudos não relacionados com esta faixa etária e Estudos Originais com mais de 10 anos. Para além desta pesquisa, foram também consultados livros de texto.

Resultados

Foram encontrados 750 estudos, tendo sido mantidos os que corresponderam aos critérios de elegibilidade definidos para esta revisão. Pela sua pertinência as definições de suicídio desenvolvidas pela OMS e as teorias clássicas sobre o suicídio serão igualmente utilizadas. Esta revisão examina a epidemiologia descritiva e fatores de risco e proteção para o suicídio na idade pediátrica, bem como a sua prevenção.

Epidemiologia do Suicídio

Globalmente, cerca de 800.000 pessoas morrem por suicídio todos os anos, sendo que quase um terço de todos os suicídios ocorre entre os jovens. O suicídio é a segunda principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos e a segunda maior causa de morte entre mulheres de 15 a 19 anos. Esses dados correspondem a uma taxa global de suicídio padronizada por idade de 10,5 por 100.000 habitantes em 2016 - 13,7 e 7,5 por 100.000 para homens e mulheres, respetivamente.¹⁻³⁴

Estima-se que para cada pessoa que morre por suicídio, mais de 20 pessoas tentam o suicídio. De fato, as tentativas de suicídio são um importante fator de risco para o suicídio subsequente.¹ Cerca de 75% dos suicídios ocorre nos países em vias de desenvolvimento.²³ Os dados da OMS indicam que as taxas de suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos, principalmente nos países em vias de desenvolvimento.¹⁴ Por sua vez, as tentativas de suicídio representam a sexta causa de défice funcional permanente. Um maior número de pessoas cometem suicídio anualmente do que as que morrem em todos os conflitos mundiais combinados segundo a OMS.³⁴

De acordo com os dados da OMS o suicídio em 2016 continua no top 20 de principais causas de morte a nível global, ocupando o 18º lugar da lista com uma taxa de mortalidade de 10.6/100.000 habitantes, sendo que em 2000 ocupava o 15º lugar com uma taxa de 12.9/100.000 habitantes. Em Portugal, de 2000 a 2016 os números variam entre 5.3/100.000 habitantes no ano 2000, e 8.6/100.000 habitantes no ano de 2016.¹³ No ano de 2016 em Portugal registaram-se taxas de mortalidade padronizadas para a idade de: 5-9anos de 0.1; 10-14anos de 0.1; 15-19anos de 2.4; e dos 20-24anos de 3.9/100.000 habitantes.²⁵

Estes dados ficam, porém, muito aquém da realidade, porquanto o suicídio constitui um fenómeno reconhecidamente subdeclarado. E isto porque, ao contrário das demais, a morte por suicídio é uma morte fortemente estigmatizada por razões de ordem religiosa, sociocultural e política.⁷⁻¹⁴ Mas também porque a atribuição da

etiologia suicida nem sempre é evidente, uma vez que existem muitas mortes de etiologia equívoca, cujo diagnóstico diferencial exige recursos e dispositivos nem sempre disponíveis, o que explica a diversidade dos procedimentos médicos, médico-legais e administrativos adotados em vários países. Ora, se as estatísticas oficiais não refletem a realidade, há que reconhecer que a verdadeira dimensão do fenómeno é desconhecida. Este é um problema com que, embora em graus diversos, se debatem a generalidade dos países, justificando uma especial atenção em qualquer plano nacional de prevenção do suicídio, pois não é possível prevenir eficazmente aquilo que não se conhece ou se conhece mal.¹⁴

A maioria dos dados epidemiológicos sobre suicídio em idade pediátrica vêm de estudos americanos.

A prevalência de tentativas de suicídio entre adolescentes mudou ao longo dos anos: enquanto que uma redução foi relatada no período de 2001 a 2011 (8,8%-7,8%), um aumento foi subsequentemente observado durante o período 2009-2011 (6,3%-7,8%).⁴² Em média, estimou-se que aproximadamente 2 milhões de adolescentes tivessem tentado o suicídio a cada ano. Cerca de 700.000 pessoas nesta faixa etária pedem assistência médica após uma tentativa de suicídio e 2.000 adolescentes morrem.⁵

Dados recentes da *Youth Risk Behavior Surveillance* mostram que, em 2017, 17,2% dos estudantes com idades entre 14 e 18 anos consideraram o suicídio, 13,6% dos alunos admitiram ter elaborado um plano de suicídio, 7,4% tentaram o suicídio e 2,4% necessitaram de assistência médica posteriormente.⁴³

Estima-se que, enquanto a tentativa de suicídio é duas vezes mais frequente entre as mulheres do que nos homens, a morte por suicídio é mais frequente entre os homens do que nas mulheres (9,4/100.000 versus 2,7/100.000).⁵

No entanto, os dados epidemiológicos sobre o suicídio em idades mais precoces, nomeadamente em crianças e pré-adolescentes são escassos.

Dervic et al. estimaram uma taxa média de suicídio em crianças e jovens adolescentes até aos 14 anos de idade, de aproximadamente 0,6/100.000 em todo o mundo, com uma relação homem-mulher de 2-1.⁵

Um outro estudo analisou os dados de 48 indivíduos com menos de 13 anos, que foram hospitalizados de 2008 a 2011 após tentativa de suicídio. Sendo que esta foi mais frequente entre os indivíduos do sexo feminino em comparação com os do sexo masculino (F:M=26:22). Diferenças específicas da idade também foram relatadas. Indivíduos que tentaram suicídio com mais de 12 anos eram predominantemente do sexo feminino, enquanto que crianças que tentaram suicídio com menos de 12 anos eram predominantemente do sexo masculino.⁴⁴

Etiologia e Fatores de Risco

A suicidalidade na infância e adolescência é uma preocupação crescente.¹⁵ O suicídio é transversal e afeta jovens de todas as raças e grupos socioeconômicos.¹⁶ Ainda que o suicídio seja pouco comum em crianças antes da puberdade, posteriormente, a sua frequência tende a aumentar durante a adolescência.⁵ O comportamento suicida e auto-agressivo é bastante grave, estimando-se que 15 a 30% dos adolescentes que tentam suicídio cometam uma segunda tentativa de suicídio dentro de um ano.¹⁷

Os comportamentos suicidas são mais comuns em certas circunstâncias devido a fatores culturais, genéticos, psicossociais e ambientais.²² Embora nenhum teste específico seja capaz de identificar uma pessoa suicida, existem fatores de risco específicos.¹⁶

Um estudo de revisão recente com crianças e adolescentes identificou três fatores principais que parecem aumentar o risco de suicidalidade nestas faixas etárias.¹⁵ Sendo estes:

- Fatores psicológicos (depressão, ansiedade, tentativa anterior de suicídio, uso de drogas e álcool e outros transtornos psiquiátricos comórbidos);
- Eventos de vida stressantes (problemas familiares e conflitos entre pares);
- Traços de personalidade (como neuroticismo e impulsividade).

A evidência deste estudo destaca a complexidade da tendência suicida e aponta para uma interação de múltiplos fatores que contribuem para o comportamento suicida.¹⁵ A título de exemplo, citado num outro artigo, em que a depressão é um fator fortemente associado à tendência suicida nesta população²⁶, mas não está presente em todos os casos²⁷, indicando assim que o comportamento suicida é resultado da interação de múltiplos fatores.¹⁵ Importante referir que, nem todas as crianças e adolescentes deprimidos desenvolvem ideação ou comportamento suicida.²⁸

Outro estudo definiu como fatores de risco fixos os seguintes: história familiar de suicídio ou tentativas de suicídio; história de adoção; sexo masculino; problemas de saúde mental dos pais; homossexualidade, bissexualidade, transgêneros, intersexualidade; história de abuso físico ou social; e uma tentativa anterior de suicídio.¹⁶ Para além destes fatores fixos, o mesmo estudo refere ainda os distúrbios do sono, depressão, transtorno bipolar, intoxicação por substâncias e transtornos por uso de substâncias, psicose, transtorno de stress pós-traumático, ataques de pânico, história de agressão, impulsividade, intenso sentimento de cólera e uso patológico da Internet como fatores que predispõem ao suicídio. Este mesmo estudo definiu também como fatores de risco imediatos a agitação, intoxicação por substâncias e um evento de vida stressante recente.¹⁶

Mais recentemente, com o crescimento da comunicação eletrônica via internet através de telemóveis e computadores surgiu o conceito de *cyberbullying*. E foram vários estudos a abordar este tipo de *bullying* como um fator de risco para o suicídio em crianças e adolescentes. A vitimização do *cyberbullying* tende a ocorrer mais tarde, por volta dos 14 anos, quando as crianças passam mais tempo com os seus telemóveis e em redes sociais.²⁹ Os autores de *cyberbullying* têm um grau de anonimato que não é possível no *bullying* tradicional, e a potencial exposição e constrangimento da vítima são em maior escala.¹⁸ O fato de ser possível vitimizar um colega dentro de sua própria casa ou em qualquer outro lugar a qualquer hora do dia ou da noite, apresenta novos desafios para os indivíduos, famílias, escolas e profissionais de saúde.¹⁸⁻¹⁹ Ser vítima de *bullying* ou *cyberbullying* está associado a um sofrimento considerável, resultando em menor desempenho escolar e maior absentismo escolar¹⁶ e é frequentemente associado a problemas de saúde mental, incluindo sintomatologia depressiva, autoflagelação e comportamento suicida.¹⁶⁻¹⁸⁻¹⁹ Foi descrito que as vítimas de *cyberbullying* correm um maior risco de suicídio do que, as vítimas de comportamentos autodestrutivos e suicidas.¹⁸⁻²⁰

Por outro lado, os fatores de proteção são considerados protetores contra o suicídio e incluem:²²

- Fatores familiares: cuidados parentais mantidos, coesão familiar, capacidade de envolvimento mútuo, partilha de interesses e suporte emocional;
- Fatores individuais: capacidade de resolução dos problemas, sentido de valor pessoal, abertura para novas experiências e projetos de vida e a não utilização de substâncias nocivas;
- Fatores sociais: pertença a um ambiente escolar positivo, boa relação com amigos e colegas, boas relações com professores e outros adultos, suporte dos pares e valores culturais e/ou religioso.

É importante salientar que um fator fundamental de proteção adicional é o acesso a serviços e cuidados de saúde mental. Embora tais fatores de proteção reduzam o risco de suicídio, não o eliminam, mas podem contrabalançar o peso imposto por circunstâncias difíceis da vida.¹⁴⁻¹⁶⁻²²

Foi descrita a importância da “conectividade” que um adolescente sente à sua família ou ao sistema escolar como um importante preditor de comportamento suicida. Especificamente, o senso de conexão social ou de pertença dentro da família, escola ou comunidade, tem demonstrado estar associado a um menor risco de pensamentos e comportamentos suicidas.²¹

As características do suicídio em crianças e adolescentes são diferentes das que ocorrem em adultos¹⁵ e há necessidade de ferramentas para identificar e gerir os jovens em maior risco de suicídio.¹⁵⁻¹⁶

Os profissionais de saúde devem ter o cuidado ao interpretar os fatores de risco, porque apesar destes serem comuns, o suicídio é pouco frequente.¹⁶ O risco de suicídio só pode ser reduzido, não eliminado, e os fatores de risco não fornecem mais que orientações.¹⁶ Importa salientar que a ausência, da maioria dos fatores de risco, não torna uma criança/adolescente seguro de vir a cometer ou tentar o suicídio.¹⁶

Prevenção do Suicídio

Os suicídios resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais, e ambientais.⁷⁻¹⁴ Uma melhor deteção destes fatores na comunidade, o encaminhamento para especialistas e a gestão do comportamento suicida são passos importantes na prevenção do suicídio. O desafio chave de tal prevenção consiste em identificar as crianças e adolescentes que estão em risco e que a ele são vulneráveis, entender as circunstâncias que influenciam o seu comportamento autodestrutivo e estruturar intervenções eficazes.⁷

Em maio de 2013, foi elaborado o primeiro Plano de Ação de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde 2013 a 2020, em que a prevenção do suicídio é parte integrante, com o objetivo de reduzir até 2020 em 10% a taxa de suicídio.¹

Neste Plano de Ação, os objetivos para prevenção do suicídio devem ser projetados para:

- Melhorar a vigilância e a pesquisa;
- Identificar e visar grupos vulneráveis;
- Melhorar a avaliação e gestão do suicídio comportamento;
- Promover fatores de proteção ambientais e individuais;
- Aumentar a conscientização através da educação pública;
- Melhorar as atitudes e crenças da sociedade e eliminar o estigma para pessoas com transtornos mentais ou que exibem comportamentos suicidas;
- Reduzir o acesso a meios de suicídio;
- Encorajar a *media* a adotar melhores políticas e práticas em relatar suicídio; e
- Apoiar indivíduos enlutados pelo suicídio.¹

Este Plano visa incentivar e apoiar os países a desenvolver ou fortalecer estratégias abrangentes de prevenção do suicídio numa abordagem multissetorial de saúde pública. Neste sentido, e em Portugal, foi elaborado o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017 (PNPS) que contempla medidas universais,

destinadas à população em geral, medidas seletivas, para grupos de risco específicos, e medidas indicadas para indivíduos em elevado risco.

O PNPS tem atuado na prevenção do suicídio em crianças e adolescentes através de:

- Campanhas de prevenção nas escolas (incluindo alunos, assistentes operacionais, professores e família), através do combate ao estigma em saúde mental, identificação de fatores de risco e protetores da depressão, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas, em particular do recurso a substâncias psicoativas;
- Criação de sinergias entre a escola, a família, os serviços de saúde e a comunidade, favorecendo uma visão ecológica e integradora deste fenómeno;
- Maior restrição do consumo de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas nestas faixas etárias;
- Aumento da cobertura de respostas de saúde mental da infância e adolescência.¹⁴

Tendo em conta que a interconectividade através da tecnologia é onnipresente para as crianças e principalmente para os adolescentes de hoje, esta apresenta não só desafios, mas igualmente oportunidades para a intervenção e prevenção do suicídio.¹⁹⁻³⁰ Numa tentativa de chegar mais facilmente às crianças e adolescentes em risco aumentado de suicídio, com a facilidade de acesso e o anonimato oferecidos por tecnologias individuais, foram criadas aplicações para telemóvel, com o intuito de apoiar crianças e adolescentes durante este período de risco.³² Esse tipo de intervenção preventiva, utilizando tecnologias emergentes, mostrou em estudos diferentes uma redução no risco de suicídio em pacientes com pensamentos suicidas que nunca cometeram uma tentativa de suicídio, bem como em pacientes com história prévia de tentativas de suicídio.³⁷⁻³⁸

Neste contexto, Crisis Care é uma aplicação única, desenvolvida especificamente para este fim porque pode ser usada tanto pelas crianças/adolescentes, como pelos seus pais.³⁰ Um estudo piloto de 2016 testou um protótipo baseado na internet do Crisis Care, testando-o com 20 díades adolescentes-pais. Os resultados deste estudo piloto demonstraram aceitabilidade e usabilidade, sugerindo a utilidade de intervenções tecnológicas, como o Crisis Care, como coadjuvante do tratamento para adolescentes e seus pais após a alta hospitalar por episódio de tentativa de suicídio.³⁰ Esta aplicação oferece ainda a oportunidade para melhorar a segurança focada na família, bem como para planear procedimentos, intervenções e tratamento com adolescentes suicidas.³⁰

Existem já algumas evidências que sugerem que os adolescentes estão dispostos a se envolver com terapias de base tecnológica, para além de terapias diretas com profissionais de saúde.³⁰

Discussão/Conclusão

Globalmente, cerca de 800 000 pessoas morrem por suicídio todos os anos; quase um terço de todos os suicídios ocorre entre os jovens. O suicídio entre crianças e jovens é uma das principais preocupações de saúde pública. Apesar das evidências da subestimação de rotina da prevalência nesta população, esta continua a ser a segunda principal causa de morte em crianças entre 15 e 29 anos de idade.

. Estes resultados são inquietantes e colocam algumas questões importantes. O conhecimento sobre o comportamento suicida aumentou muito em décadas recentes. Existem várias pesquisas que mostram a importância da interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e culturais na determinação dos comportamentos suicidas. Os fatores de risco para o suicídio entre crianças e adolescentes são reconhecidos pela comunidade científica. Foram descritos como: fatores psicológicos, eventos de vida stressantes e traços de personalidade.

Como um problema grave de saúde pública, requer a nossa atenção, mas, infelizmente, a sua prevenção e controlo não são tarefas fáceis. A investigação atual indica que a prevenção do suicídio, embora possível, envolve toda uma série de atividades, que vão desde o proporcionar as melhores condições possíveis para criar as nossas crianças e adolescentes, passando pelo tratamento eficaz de perturbações mentais, até ao controlo ambiental de fatores de risco. O perfil dos fatores de risco e de proteção sugere que as intervenções de base familiar podem ser úteis no tratamento e na prevenção do suicídio em idade pediátrica.

A apropriada disseminação de informação e a consciencialização a respeito deste fenómeno são elementos essenciais para o sucesso dos programas de prevenção do suicídio.

Diferentes tipos de tecnologias são úteis no campo da prevenção de suicídio. Deve-se notar que a Internet permitiu a criação ou adaptação de psicoterapias para um formato de intervenção com uma resposta clínica positiva.

Agradecimentos

À Professora Dra. Lia Fernandes, pela orientação e apoio constante ao longo deste estudo.

Ao meu filho Gabriel, por ser uma força motivadora e um pilar fundamental no meu crescimento.

Ao meu marido, por sempre acreditar, pelo seu apoio e dedicação ao longo desta jornada.

Ao meu irmão, pelo seu carinho e pela sua vontade de me ver sempre a sorrir.

Aos meus pais, pela motivação, pelos valores e ensinamentos que me transmitiram.

A todos os meus professores e colegas que fizeram parte do meu percurso académico e que de alguma forma o enriqueceram.

Referências Bibliográficas

1. Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization 2014.
2. Kaplan H.I., Sadock B.J., Grebb J. A., *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7ª Edição. Porto Alegre, 1997.
3. Dias Cordeiro J.C., *Manual de Psiquiatria Clínica*. 1ª Edição, Porto: Fundação Calouste Gulbenkian, 1986.
4. Andrades G., Rosa G., et al; 2018; The impact of suicide portrayal on adolescents; JOURNAL OF PSYCHITRIAC RESEARCH 108 (2019) 2-6.
5. Dilillo D., Fabiano V., Mantegazza C., et al; 2015; Suicide in pediatrics:epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them; ITALIAN JOURNAL OF PEDIATRICS.
6. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
8. Ferrão A., Resende C., Santos E., Santos P.; ano 2013; Depressão nos adolescentes – mito ou realidade?; NASCER E CRESCER, revista de pediatria do centro hospitalar do porto; vol XXII, nº3.
9. Durukan I., Karaman D.; 2013; Suicide in Children and Adolescents; Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2013; 5(1):30-47.
10. Braz Saraiva C, Peixoto B, Sampaio D. Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica. 1a Edição. LIDEL, editor. 2014.
11. Saraiva CB. Suicídio : de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. 2010;(3):185–205.

12. Guerreiro DF, Sampaio D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. Rev Port Saúde Pública [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública; 2013 Jul [cited 2014 Nov 11];31(2):204–13.
13. Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization.
14. Carvalho Á, et al. Plano Nacional de Prevenção de Suicídio. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL Plano. 2013.
15. Carballo J., Llorente C., Kehrmann L. et al; 2018; Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents; EUROPEAN CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRIC. Springer. Reino Unido.
16. Shain B and AAP COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. Pediatrics. 2016;138(1):e20161420.
17. Mc Carthy L, Pullen LM, Savage J, et al. Risk factors leading on increased rehospitalization rates among adolescents admitted on acute care child and adolescent psychiatric hospital. J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2017;00:1–7.
18. John A, Glendenning AC, Marchant A, Montgomery P, Stewart A, Wood S, Lloyd K, Hawton K Self-Harm, Suicidal Behaviours, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review J Med Internet Res 2018;20(4):e129.
19. Marchant A, Hawton K, Stewart A, Montgomery P, Singaravelu V, Lloyd K, et al. (2017) A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. PLoS ONE 12(8): e0181722.
20. Horowitz L., Stanley I., et al; 2015. Bullying and suicide risk among pediatric emergency department patients. PEDIATRIC EMERGENCY CARE 2015;00-00-00.
21. Trigylidas TE, Reynolds EM, Teshome G, et al. Paediatric suicide in the USA: analysis of the National Child Death Case Reporting System. Inj Prev 2016;22: 268–273.

22. OMS. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO - UM RECURSO PARA CONSELHEIROS. Genebra; 2006. Report No.: 92 4 159431 4.
23. Mental Health - Data and statistics - Suicide [Internet]. World Health Organization.
24. Eurostat - Statistics Explained. Causes of Death Statistics. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics>
25. World Health Organization. Mental Health. Suicide rates. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MENTALHEALTH>
26. Goldston DB et al (2009) Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes. J Consult Clin Psychol 77(2):281–290.
27. Arria AM et al (2009) Suicide ideation among college students: a multivariate analysis. Arch Suicide Res 13(3):230–246.
28. Birmaher B et al (2007) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 46(11):1503–1526.
29. Suzuki K, Asaga R, Sourander A, Hoven CW, Mandell D. Cyberbullying and adolescent mental health. Int J Adolesc Med Health 2012;24(1):27-35.
30. Kimberly H. McManama O'Brien PhD, Mary LeCloux PhD, Abigail Ross LICSW, Christina Girona BA & Elizabeth A. Wharff PhD (2016): A Pilot Study of the Acceptability and Usability of a Smartphone Application Intervention for Suicidal Adolescents and Their Parents, Archives of Suicide Research.
31. Dervick K., et al. Completed Suicide in Childhood. PSYCHIATRIC CLINICS OF NORTH AMERICA. 2008. Elsevier Saunders.
32. Franco-Martín M., Muñoz-Sánchez J.L., et al. A Systematic Literature Review of Technologies for Suicidal Behavior Prevention. EDUCATION & TRAINING. 2018 Springer.

33. Grist R, Porter J, Stallard P Mental Health Mobile Apps for Preadolescents and Adolescents: A Systematic Review J Med Internet Res 2017;19(5):e176

34. World Health Organization, 2018. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

35. LarsenME, NicholasJ, ChristensenH. (2016)A Systematic Assessment of Smartphone ToolsforSuicidePrevention.PLoSONE11(4): e0152285.

36. Robinson J., Hetrick S., Martin C., Preventing suicide in young people: systematic review. 2011.The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatric.

37. Ghoncheh,R.,Gould,M.S.,Twisk,J.W.,Kerkhof,A.J.,andKoot, H. M., Efficacy of adolescent suicide prevention e-learning modules for gatekeepers: a randomized controlled trial. JMIR Mental Health 3(1):e8, 2016. <https://doi.org/10.2196/mental.4614>.

38. Vahabzadeh, A., Sahin, N., and Kalali, A., Digital suicide prevention: can technology become a game-changer? Innov. Clin. Neurosci. 13(5–6):16–20, 2016.

39. Evans R., Hurrell C.; 2016; The role of schools in children and young people's self-harm and suicide: systematic review and meta-ethnography of qualitative research. BMC Public Health (2016) 16:401.

40. Oliveira A. Ilusões: A Melodia e o Sentido da Vida na Idade das Emoções - Representações Sociais da Morte, do Suicídio e da Música na Adolescência. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - ISCTE; 2003. p. 742.

41. Peixoto B, Saraiva CB, Sampaio D. Comportamentos Suicidários em Portugal. 1ª Edição. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia - www.spsuicidologia.pt; 2006.

42. Centers for Disease Control and Prevention. *Youth Risk behavior Surveillance* – United States. MMWR. 2012.

43. Centers for Disease Control and Prevention. *Youth Risk behavior Surveillance – United States*. MMWR. 2017.
44. Berthod C. et al, Suicide attempts of 48 children aged 6-12 years. Arch Pediatric. 2013;20:1296-305.
45. Cohen M., Zainum K.; 2017; Suicide patterns in children and adolescents: a review from a pediatric institution in England. SPRINGER, Science+Business Media New York 2017.
46. Segu S,Tataria R. Paediatric suicidal burns: A growing concern. Burns (2016).
47. BROOKS R. KEESHIN, MD. et al; 2017; Youth Suicide Deaths: Investigation of Clinical Predictors in a Statewide Sample. SUICIDE AND LIFE- THREATENING BEHAVIOR. The American Association of Suicidology 2017.
48. Sheftall AH, Asti L, Horowitz LM, et al. Suicide in Elementary School-Aged Children and Early Adolescents. Pediatrics. 2016;138(4):e20160436.
49. Villar, F., Castellano-Tejedor, C., Verge, M., Sánchez, B., & BlascoBlasco, T. (2018). Predictors of suicide behavior relapse in pediatric population. The Spanish Journal of Psychology, 21. e6. Doi:10.1017/ sjp.2018.7.
50. Grossman DC. Reducing Youth Firearm Suicide Risk: Evidence for Opportunities. Pediatrics. 2018;141(3):e20173884.
51. Castroman J., Guillaume S.; 2015,The Additive Effect on Suicidality of Family History of Suicidal Behavior and Early Traumatic Experiences. Archives of Suicide Research, 19:275–283.
52. Cheng-Fang Yen, Tai-Ling Liu, Pinchen Yang & Huei-Fan Hu (2015): Risk and Protective Factors of Suicidal Ideation and Attempt among Adolescents with Different Types of School Bullying Involvement, Archives of Suicide Research.
53. Ballard E., cwik M., et al. Identification of At Risk Youth by Suicide Screening in a Pediatric Emergency Department. Society for Prevention Research (outside the USA) 2016.

54. Murray Weeks Ph.D. & Ian Colman Ph.D. (2016): Predictors of Suicidal Behaviors in Canadian Adolescents with No Recent History of Depression, Archives of Suicide Research.
55. Alex S. Holdaway , Aaron M. Luebbe , Stephen P. Becker , Rumination in Relation to Suicide Risk, Ideation, and Attempts: Exacerbation by Poor Sleep Quality?, Journal of Affective Disorders (2018).
56. M. Bertolote. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: UM MANUAL PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA, Transtornos Mentais e Comportamentais Departamento de Saúde Mental Organização Mundial da Saúde. Genebra 2000.
57. Genesis A. Vergara , Jeremy G. Stewart , Elizabeth A. Cosby , Sarah Hope Lincoln, Randy P. Auerbach , Non-Suicidal Self-Injury and Suicide in Depressed Adolescents: Impact of Peer Victimization and Bullying, Journal of Affective Disorders (2018).
58. Kimberly J., Mitchell D., et al. 2019. Youth exposure to suicide attempts: relative impact on personal trauma symptoms. AMERICAN JOURNAL OF PREVENTIVE MEDICINE 56(1):109-155. Elsevier.
59. Cepêda T., Marques C., Saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários.Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009.

Anexo 1: Normas da revista Ata Médica Portuguesa



Conselho Editorial ACTA MÉDICA PORTUGUESA
Acta Med Port 2016, 30 dezembro 2016

1. MISSÃO

Publicar trabalhos científicos originais e de revisão na área biomédica da mais elevada qualidade, abrangendo várias áreas do conhecimento médico, e ajudar os médicos a tomar melhores decisões.

Para atingir estes objectivos a Acta Médica Portuguesa publica artigos originais, artigos de revisão, casos clínicos, editoriais, entre outros, comentando sobre os factores clínicos, científicos, sociais, políticos e económicos que afectam a saúde. A Acta Médica Portuguesa pode considerar artigos para publicação de autores de qualquer país.

2. VALORES

- Promover a qualidade científica.
- Promover o conhecimento e actualidade científica.
- Independência e imparcialidade editorial.
- Ética e respeito pela dignidade humana.
- Responsabilidade social.

3. VISÃO

Ser reconhecida como uma revista médica portuguesa de grande impacto internacional.

Promover a publicação científica da mais elevada qualidade privilegiando o trabalho original de investigação (clínico, epidemiológico, multicêntrico, ciência básica).

Constituir o fórum de publicação de normas de orientação.

Ampliar a divulgação internacional.

Lema: "Primum non nocere, primeiro a Acta Médica Portuguesa"

4. INFORMAÇÃO GERAL

A Acta Médica Portuguesa é a revista científica com revisão pelos pares (*peer-review*) da Ordem dos Médicos. É publicada continuamente desde 1979, estando indexada na PubMed / Medline desde o primeiro número. Desde 2010 tem Factor de Impacto atribuído pelo Journal Citation Reports - Thomson Reuters.

A Acta Médica Portuguesa segue a política do livre acesso. Todos os seus artigos estão disponíveis de forma integral, aberta e gratuita desde 1999 no seu site www.actamedicaportuguesa.com e através da Medline com interface PubMed.

A Acta Médica Portuguesa não cobra quaisquer taxas

relativamente ao processamento ou à submissão de artigos.

A taxa de aceitação da Acta Médica Portuguesa, em 2014, foi de aproximadamente de 20% dos mais de 700 manuscritos recebidos anualmente.

Os manuscritos devem ser submetidos *online* via "Submissões Online" <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#online> Submissions.

A Acta Médica Portuguesa rege-se de acordo com as boas normas de edição biomédica do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), do Committee on Publication Ethics (COPE), e do EQUATOR Network Resource Centre Guidance on Good Research Report (desenho de estudos).

A política editorial da Revista incorpora no processo de revisão e publicação as Recomendações de Política Editorial (*Editorial Policy Statements*) emitidas pelo Conselho de Editores Científicos (Council of Science Editors), disponíveis em <http://www.councilscienceeditors.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3331>, que cobre responsabilidades e direitos dos editores das revistas com arbitragem científica. Os artigos propostos não podem ter sido objecto de qualquer outro tipo de publicação. As opiniões expressas são da inteira responsabilidade dos autores. Os artigos publicados ficarão propriedade conjunta da Acta Médica Portuguesa e dos autores.

A Acta Médica Portuguesa reserva-se o direito de comercialização do artigo enquanto parte integrante da revista (na elaboração de separatas, por exemplo). O autor deverá acompanhar a carta de submissão com a declaração de cedência de direitos de autor para fins comerciais.

Relativamente à utilização por terceiros a Acta Médica Portuguesa rege-se pelos termos da licença *Creative Commons* 'Atribuição – Uso Não-Comercial – Proibição de Realização de Obras Derivadas (by-nc-nd)'.

Após publicação na Acta Médica Portuguesa, os autores ficam autorizados a disponibilizar os seus artigos em repositórios das suas instituições de origem, desde que mencionem sempre onde foram publicados.

5. CRITÉRIO DE AUTORIA

A revista segue os critérios de autoria do "International

Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE).

Todos designados como autores devem ter participado significativamente no trabalho para tomar responsabilidade pública sobre o conteúdo e o crédito da autoria.

Autores são todos que:

1. Têm uma contribuição intelectual substancial, directa, no desenho e elaboração do artigo
2. Participam na análise e interpretação dos dados
3. Participam na escrita do manuscrito, revendo os rascunhos; ou na revisão crítica do conteúdo; ou na aprovação da versão final
4. Concordam que são responsáveis pela exactidão e integridade de todo o trabalho

As condições 1, 2, 3 e 4 têm de ser reunidas.

Autoria requer uma contribuição substancial para o manuscrito, sendo pois necessário especificar em carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho.

Ser listado como autor, quando não cumpre os critérios de elegibilidade, é considerado fraude.

Todos os que contribuíram para o artigo, mas que não encaixam nos critérios de autoria, devem ser listados nos agradecimentos.

Todos os autores, (isto é, o autor correspondente e cada um dos autores) terão de preencher e assinar o "Formulário de Autoria" com a responsabilidade da autoria, critérios e contribuições; conflitos de interesse e financiamento e transferência de direitos autorais / *copyright* (modelo disponível em http://www.actamedicaportuguesa.com/info/AMP_template-Declaracao-Responsabilidade-Autoral.doc).

O autor Correspondente deve ser o intermediário em nome de todos os co-autores em todos os contactos com a Acta Médica Portuguesa, durante todo o processo de submissão e de revisão. O autor correspondente é responsável por garantir que todos os potenciais conflitos de interesse mencionados são correctos. O autor correspondente deve atestar, ainda, em nome de todos os co-autores, a originalidade do trabalho e obter a permissão escrita de cada pessoa mencionada na secção "Agradecimentos".

6. COPYRIGHT / DIREITOS AUTORAIS

Quando o artigo é aceite para publicação é mandatório o carregamento na plataforma electrónica de documento digitalizado, assinado por todos os Autores, com a partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa.

O(s) Autor(es) deve(m) assinar uma cópia de partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa quando submetem o manuscrito, conforme minuta publicada em anexo:

Nota: Este documento assinado só deverá ser enviado quando o manuscrito for aceite para publicação.

Editor da Acta Médica Portuguesa

O(s) Autor(es) certifica(m) que o manuscrito intitulado: _____ (ref. _____)

AMP _____) é original, que todas as afirmações apresentadas como factos são baseados na investigação do(s)

Autor(es), que o manuscrito, quer em parte quer no todo, não infringe nenhum *copyright* e não viola nenhum direito da privacidade, que não foi publicado em parte ou no todo e que não foi submetido para publicação, no todo ou em parte, noutra revista, e que os Autores têm o direito ao *copyright*.

Todos os Autores declaram ainda que participaram no trabalho, se responsabilizam por ele e que não existe, da parte de qualquer dos Autores conflito de interesses nas afirmações proferidas no trabalho.

Os Autores, ao submeterem o trabalho para publicação, partilham com a Acta Médica Portuguesa todos os direitos a interesses do *copyright* do artigo.

Todos os Autores devem assinar

Data: _____

Nome (maiúsculas): _____

Assinatura: _____

7. CONFLITOS DE INTERESSE

O rigor e a exactidão dos conteúdos, assim como as opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos Autores. Os Autores devem declarar potenciais conflitos de interesse. Os autores são obrigados a divulgar todas as relações financeiras e pessoais que possam enviesar o trabalho.

Para prevenir ambiguidade, os autores têm que explicitamente mencionar se existe ou não conflitos de interesse.

Essa informação não influenciará a decisão editorial mas antes da submissão do manuscrito, os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

Se os autores têm dúvidas sobre o que constitui um relevante interesse financeiro ou pessoal, devem contactar o editor.

8. CONSENTIMENTO INFORMADO e APROVAÇÃO ÉTICA

Todos os doentes (ou seus representantes legais) que possam ser identificados nas descrições escritas, fotografias e vídeos deverão assinar um formulário de consentimento informado para descrição de doentes, fotografia e vídeos. Estes formulários devem ser submetidos com o manuscrito (modelo disponível em http://www.actamedicaportuguesa.com/info/consentimento_informado_do_doente.doc).

A Acta Médica Portuguesa considera aceitável a omissão de dados ou a apresentação de dados menos específicos para identificação dos doentes. Contudo, não aceitaremos a alteração de quaisquer dados.

Os autores devem informar se o trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição de acordo com a declaração de Helsínquia.

9. LÍNGUA

Os artigos devem ser redigidos em português ou em inglês. Os títulos e os resumos têm de ser sempre em português e em inglês.

10. PROCESSO EDITORIAL

O autor correspondente receberá notificação da recepção do manuscrito e decisões editoriais por *email*.

Todos os manuscritos submetidos são inicialmente revistos pelo editor da Acta Médica Portuguesa. Os manuscritos são avaliados de acordo com os seguintes critérios: originalidade, actualidade, clareza de escrita, método de estudo apropriado, dados válidos, conclusões adequadas e apoiadas pelos dados, importância, com significância e contribuição científica para o conhecimento da área, e não tenham sido publicados, na íntegra ou em parte, nem submetidos para publicação noutros locais.

A Acta Médica Portuguesa segue um rigoroso processo cego (*single-blind*) de revisão por pares (*peer-review*, externos à revista). Os manuscritos recebidos serão enviados a peritos das diversas áreas, os quais deverão fazer os seus comentários, incluindo a sugestão de aceitação, aceitação condicionada a pequenas ou grandes modificações ou rejeição. Na avaliação, os artigos poderão ser:

- a) aceites sem alterações;
- b) aceites após modificações propostas pelos consultores científicos;
- c) recusados.

Estipula-se para esse processo o seguinte plano temporal:

- Após a recepção do artigo, o Editor-Chefe, ou um dos Editores Associados, enviará o manuscrito a, no mínimo, dois revisores, caso esteja de acordo com as normas de publicação e se enquadre na política editorial. Poderá ser recusado nesta fase, sem envio a revisores.

- Quando receberem a comunicação de aceitação, os Autores devem remeter de imediato, por correio electrónico, o formulário de partilha de direitos que se encontra no *site* da Acta Médica Portuguesa, devidamente preenchido e assinado por todos os Autores.

- No prazo máximo de quatro semanas, o revisor deverá responder ao editor indicando os seus comentários relativos ao manuscrito sujeito a revisão, e a sua sugestão de quanto à aceitação ou rejeição do trabalho. O Conselho Editorial tomará, num prazo de 15 dias, uma primeira decisão que poderá incluir a aceitação do artigo sem modificações, o envio dos comentários dos revisores para que os Autores procedam de acordo com o indicado, ou a rejeição do artigo.

Os Autores dispõem de 20 dias para submeter a nova versão revista do manuscrito, contemplando as modificações recomendadas pelos peritos e pelo Conselho Editorial. Quando são propostas alterações, o autor deverá no prazo máximo de vinte dias, carregar na plataforma electrónica da Acta Médica Portuguesa uma versão revista do artigo, com as alterações inseridas destacadas com cor diferente, bem como um novo Documento Suplementar respondendo a todas as questões colocadas.

- O Editor-Chefe dispõe de 15 dias para tomar a decisão sobre a nova versão: rejeitar ou aceitar o artigo na nova versão, ou submetê-lo a um ou mais revisores externos cujo parecer poderá, ou não, coincidir com os resultantes

da primeira revisão.

- Caso o manuscrito seja reenviado para revisão externa, os peritos dispõem de quatro semanas para o envio dos seus comentários e da sua sugestão quanto à aceitação ou recusa para publicação do mesmo.

- Atendendo às sugestões dos revisores, o Editor-Chefe poderá aceitar o artigo nesta nova versão, rejeitá-lo ou voltar a solicitar modificações. Neste último caso, os Autores dispõem de um mês para submeter uma versão revista, a qual poderá, caso o Editor-Chefe assim o determine, voltar a passar por um processo de revisão por peritos externos.

- No caso da aceitação, em qualquer das fases anteriores, a mesma será comunicada ao Autor principal. Num prazo inferior a um mês, o Conselho Editorial enviará o artigo para revisão dos Autores já com a formatação final, mas sem a numeração definitiva. Os Autores dispõem de cinco dias para a revisão do texto e comunicação de quaisquer erros tipográficos. Nesta fase, os Autores não podem fazer qualquer modificação de fundo ao artigo, para além das correcções de erros tipográficos e/ou ortográficos de pequenos erros. Não são permitidas, nomeadamente, alterações a dados de tabelas ou gráficos, alterações de fundo do texto, etc.

- Após a resposta dos Autores, ou na ausência de resposta, após o decurso dos cinco dias, o artigo considera-se concluído.

- Na fase de revisão de provas tipográficas, alterações de fundo aos artigos não serão aceites e poderão implicar a sua rejeição posterior por decisão do Editor-Chefe.

Chama-se a atenção que a transcrição de imagens, quadros ou gráficos de outras publicações deverá ter a prévia autorização dos respectivos autores para dar cumprimento às normas que regem os direitos de autor.

11. PUBLICAÇÃO FAST-TRACK

A Acta Médica Portuguesa dispõe do sistema de publicação *Fast-Track* para manuscritos urgentes e importantes desde que cumpram os requisitos da Acta Médica Portuguesa para o *Fast-Track*.

- a) Os autores para requererem a publicação *fast-track* devem submeter o seu manuscrito em <http://www.actamedicaportuguesa.com/> “submeter artigo” indicando claramente porque consideram que o manuscrito é adequado para a publicação rápida. O Conselho Editorial tomará a decisão sobre se o manuscrito é adequado para uma via rápida (*fast-track*) ou para submissão regular;

- b) Verifique se o manuscrito cumpre as normas aos autores da Acta Médica Portuguesa e que contém as informações necessárias em todos os manuscritos da Acta Médica Portuguesa.

- c) O Gabinete Editorial irá comunicar, dentro de 48 horas, se o manuscrito é apropriado para avaliação *fast-track*. Se o Editor-Chefe decidir não aceitar a avaliação *fast-track*, o manuscrito pode ser considerado para o processo de revisão normal. Os autores também terão a oportunidade de retirar a sua submissão.

- d) Para manuscritos que são aceites para avaliação

fast-track, a decisão Editorial será feita no prazo de 5 dias úteis.

e) Se o manuscrito for aceite para publicação, o objectivo será publicá-lo, online, no prazo máximo de 3 semanas após a aceitação.

12. REGRAS DE OURO ACTA MÉDICA PORTUGUESA

a) O editor é responsável por garantir a qualidade da revista e que o que publica é ético, actual e relevante para os leitores.

b) A gestão de reclamações passa obrigatoriamente pelo editor-chefe e não pelo bastonário.

c) O peer review deve envolver a avaliação de revisores externos.

d) A submissão do manuscrito e todos os detalhes associados são mantidos confidenciais pelo corpo editorial e por todas as pessoas envolvidas no processo de peer-review.

e) A identidade dos revisores é confidencial.

f) Os revisores aconselham e fazem recomendações; o editor toma decisões.

g) O editor-chefe tem total independência editorial.

h) A Ordem dos Médicos não interfere directamente na avaliação, selecção e edição de artigos específicos, nem directamente nem por influência indirecta nas decisões editoriais.

i) As decisões editoriais são baseadas no mérito de trabalho submetido e adequação à revista.

j) As decisões do editor-chefe não são influenciadas pela origem do manuscrito nem determinadas por agentes exteriores.

k) As razões para rejeição imediata sem peer review externo são: falta de originalidade; interesse limitado para os leitores da Acta Médica Portuguesa; conter graves falhas científicas ou metodológicas; o tópico não é coberto com a profundidade necessária; é preliminar de mais e/ou especulativo; informação desactualizada.

l) Todos os elementos envolvidos no processo de peer review devem actuar de acordo com os mais elevados padrões éticos.

m) Todas as partes envolvidas no processo de peer review devem declarar qualquer potencial conflito de interesses e solicitar escusa de rever manuscritos que sintam que não conseguirão rever objectivamente.

13. NORMAS GERAIS

ESTILO

Todos os manuscritos devem ser preparados de acordo com o "AMA Manual of Style", 10th ed. e/ou "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals".

Escreva num estilo claro, directo e activo. Geralmente, escreva usando a primeira pessoa, voz activa, por exemplo, "Analisámos dados", e não "Os dados foram analisados". Os agradecimentos são as excepções a essa directriz, e deve ser escrito na terceira pessoa, voz activa; "Os autores gostariam de agradecer". Palavras em latim ou noutra língua que não seja a do texto deverão ser colocadas em itálico.

Os componentes do manuscrito são: Página de Título, Resumo, Texto, Referências, e se apropriado, legendas de figuras. Inicie cada uma dessas secções em uma nova página, numeradas consecutivamente, começando com a página de título.

Os formatos de arquivo dos manuscritos autorizados incluem o *Word* e o *WordPerfect*. Não submeta o manuscrito em formato PDF.

SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos online, via "Submissão Online" da Acta Médica Portuguesa <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#onlineSubmissions>.

Todos os campos solicitados no sistema de submissão online terão de ser respondidos.

Após submissão do manuscrito o autor receberá a confirmação de recepção e um número para o manuscrito.

Na primeira página/ página de título:

a) Título em **português e inglês**, conciso e descritivo

b) Na linha da autoria, liste o Nome de todos os Autores (primeiro e último nome) com os títulos académicos e/ou profissionais e respectiva afiliação (departamento, instituição, cidade, país)

c) Subsídio(s) ou bolsa(s) que contribuíram para a realização do trabalho

d) Morada e *e-mail* do Autor responsável pela correspondência relativa ao manuscrito

e) Título breve para cabeçalho

Na segunda página

a) Título (sem autores)

b) Resumo em **português e inglês**. Nenhuma informação que não conste no manuscrito pode ser mencionada no resumo. Os resumos não podem remeter para o texto, não podendo conter citações nem referências a figuras.

c) Palavras-chave (*Keywords*). Um máximo de 5 *Keywords* em inglês utilizando a terminologia que consta no Medical Subject Headings (MeSH), <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, devem seguir-se ao resumo.

Na terceira página e seguintes:

■ Editoriais:

Os Editoriais serão apenas submetidos por convite do Editor. Serão comentários sobre tópicos actuais. Não devem exceder as 1.200 palavras nem conter tabelas/figuras e terão um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

■ Perspectiva:

Artigos elaborados apenas por convite do Conselho Editorial. Podem cobrir grande diversidade de temas com interesse nos cuidados de saúde: problemas actuais ou emergentes, gestão e política de saúde, história da medicina, ligação à sociedade, epidemiologia, etc.

Um Autor que deseje propor um artigo desta categoria

deverá remeter previamente ao Editor-Chefe o respectivo resumo, indicação dos autores e título do artigo para avaliação.

Deve conter no máximo 1200 palavras (excluindo as referências e as legendas) e até 10 referências bibliográficas. Só pode conter uma tabela ou uma figura. Não precisa de resumo.

■ Artigos Originais:

O texto deve ser apresentado com as seguintes secções: Introdução (incluindo Objectivos), Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos (se aplicável), Referências, Tabelas e Figuras.

Os Artigos Originais não deverão exceder as 4.000 palavras, excluindo referências e ilustrações. Deve ser acompanhado de ilustrações, com um máximo de 6 figuras/tabelas e 60 referências bibliográficas.

O resumo dos artigos originais não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

A Acta Médica Portuguesa, como membro do ICMJE, exige como condição para publicação, o registo de todos os ensaios num registo público de ensaios aceite pelo ICMJE (ou seja, propriedade de uma instituição sem fins lucrativos e publicamente acessível, por ex. clinicaltrials.gov). Todos os manuscritos reportando ensaios clínicos têm de seguir o CONSORT *Statement* <http://www.consort-statement.org/>.

Numa revisão sistemática ou meta-análise siga as PRISMA *guidelines*.

Numa meta-análise de estudos observacionais, siga as MOOSE *guidelines* e apresente como um ficheiro complementar o protocolo do estudo, se houver um.

Num estudo de precisão de diagnóstico, siga as STARD *guidelines*.

Num estudo observacional, siga as STROBE *guidelines*.

Num *Guideline* clínico incentivamos os autores a seguir a GRADE *guidance* para classificar a evidência.

■ Artigos de Revisão:

Destinam-se a abordar de forma aprofundada, o estado actual do conhecimento referente a temas de importância. Estes artigos serão elaborados a convite da equipa editorial, contudo, a título excepcional, será possível a submissão, por autores não convidados (com ampla experiência no tema) de projectos de artigo de revisão que, julgados relevantes e aprovados pelo editor, poderão ser desenvolvidos e submetidos às normas de publicação.

Comprimento máximo: 3500 palavras de texto (não incluindo resumo, legendas e referências). Não pode ter mais do que um total de 4 tabelas e / ou figuras, e não mais de 50-75 referências.

O resumo dos artigos de revisão não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão).

■ Caso Clínico:

O relato de um caso clínico com justificada razão de publicação (raridade, aspectos inusitados, evoluções atípicas, inovações terapêuticas e de diagnóstico, entre outras). As secções serão: Introdução, Caso Clínico, Discussão, Referências.

A linha de autoria deste tipo de artigos não deverá exceder quatro autores. Outros contributos poderão ser reconhecidos no final do texto, sob o parágrafo "Agradecimentos".

O texto não deve exceder as 1.000 palavras e 15 referências bibliográficas. Deve ser acompanhado de figuras ilustrativas. O número de tabelas/figuras não deve ser superior a 5.

Inclua um resumo não estruturado que não exceda 150 palavras, que sumarie o objectivo, pontos principais e conclusões do artigo.

■ Imagens em Medicina (Imagem Médica):

A Imagem em Medicina é um contributo importante da aprendizagem e da prática médica. Poderão ser aceites imagens clínicas, de imagiologia, histopatologia, cirurgia, etc. Podem ser enviadas até duas imagens por caso.

Deve incluir um título com um máximo de oito palavras e um texto com um máximo de 150 palavras onde se dê informação clínica relevante, incluindo um breve resumo do historial do doente, dados laboratoriais, terapêutica e condição actual. Não pode ter mais do que três autores e cinco referências bibliográficas. Não precisa de resumo.

Só são aceites fotografias originais, de alta qualidade, que não tenham sido submetidas a prévia publicação. Para informação sobre o envio de imagens digitais, consulte as «Normas técnicas para a submissão de figuras, tabelas ou fotografias».

■ Guidelines / Normas de orientação:

As sociedades médicas, os colégios das especialidades, as entidades oficiais e / ou grupos de médicos que desejem publicar na Acta Médica Portuguesa recomendações de prática clínica, deverão contactar previamente o Conselho Editorial e submeter o texto completo e a versão para ser publicada. O Editor-Chefe poderá colocar como exigência a publicação exclusiva das recomendações na Acta Médica Portuguesa.

Poderá ser acordada a publicação de uma versão resumida na edição impressa cumulativamente à publicação da versão completa no *site* da Acta Médica Portuguesa.

■ Cartas ao Editor:

Devem constituir um comentário a um artigo da Acta Med Port ou uma pequena nota sobre um tema ou caso clínico. Não devem exceder as 400 palavras, nem conter mais de uma ilustração e ter um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

Deve seguir a seguinte estrutura geral: Identificar o artigo (torna-se a referência 1); Dizer porque está a escrever; fornecer evidência (a partir da literatura ou a partir de uma

experiência pessoal) fornecer uma súmula; citar referências.

A(s) resposta(s) do(s) Autor(es) devem observar as mesmas características.

Uma Carta ao editor discutindo um artigo recente da Acta Med Port terá maior probabilidade de aceitação se for submetida quatro semanas após a publicação do artigo.

Abreviaturas: Não use abreviaturas ou acrónimos no título nem no resumo, e limite o seu uso no texto. O uso de acrónimos deve ser evitado, assim como o uso excessivo e desnecessário de abreviaturas. Se for imprescindível recorrer a abreviaturas não consagradas, devem ser definidas na primeira utilização, por extenso, logo seguido pela abreviatura entre parênteses. Não coloque pontos finais nas abreviaturas.

Unidades de Medida: As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico (metro, quilograma ou litro) ou seus múltiplos decimais.

As temperaturas devem ser dadas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mm Hg).

Para mais informação consulte a tabela de conversão “Units of Measure” no *website* da AMA Manual Style.

Nomes de Medicamentos, Dispositivos ou outros Produtos: Use o nome não comercial de medicamentos, dispositivos ou de outros produtos, a menos que o nome comercial seja essencial para a discussão.

IMAGENS

Numere todas as imagens (figuras, gráficos, tabelas, fotografias, ilustrações) pela ordem de citação no texto.

Inclua um título/legenda para cada imagem (uma frase breve, de preferência com não mais do que 10 a 15 palavras).

A publicação de imagens a cores é gratuita.

No manuscrito, são aceitáveis os seguintes formatos: BMP, EPS, JPG, PDF e TIF, com 300 dpi de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As Tabelas/Figuras devem ser numeradas na ordem em que são citadas no texto e assinaladas em numeração árabe e com identificação, figura/tabela. Tabelas e figuras devem ter numeração árabe e legenda. Cada Figura e Tabela incluídas no trabalho têm de ser referidas no texto, da forma que passamos a exemplificar:

Estes são alguns exemplos de como uma resposta imunitária anormal pode estar na origem dos sintomas da doença de Behçet (Fig. 4).

Esta associa-se a outras duas lesões cutâneas (Tabela 1).

Figura: Quando referida no texto é abreviada para Fig., enquanto a palavra Tabela não é abreviada. Nas legendas ambas as palavras são escritas por extenso.

Figuras e tabelas serão numeradas com numeração árabe independentemente e na sequência em que são referidas no texto.

Exemplo: Fig. 1, Fig. 2, Tabela 1

Legendas: Após as referências bibliográficas, ainda no ficheiro de texto do manuscrito, deverá ser enviada legenda detalhada (sem abreviaturas) para cada imagem. A imagem tem que ser referenciada no texto e indicada a sua localização aproximada com o comentário “Inserir Figura nº 1... aqui”.

Tabelas: É obrigatório o envio das tabelas a preto e branco no final do ficheiro. As tabelas devem ser elaboradas e submetidas em documento *word*, em formato de tabela simples (*simple grid*), sem utilização de tabuladores, nem modificações tipográficas. Todas as tabelas devem ser mencionadas no texto do artigo e numeradas pela ordem que surgem no texto. Indique a sua localização aproximada no corpo do texto com o comentário “Inserir Tabela nº 1... aqui”. Neste caso os autores autorizam uma reorganização das tabelas caso seja necessário.

Quaisquer tabelas submetidas que sejam mais longas/largas do que duas páginas A4 serão publicadas como Apêndice ao artigo.

As tabelas devem ser acompanhadas da respectiva legenda/título, elaborada de forma sucinta e clara.

Legendas devem ser auto-explicativas (sem necessidade de recorrer ao texto) – é uma declaração descritiva.

Legenda/Título das Tabelas: Colocada por cima do corpo da tabela e justificada à esquerda. Tabelas são lidas de cima para baixo. Na parte inferior serão colocadas todas as notas informativas – notas de rodapé (abreviaturas, significado estatístico, etc.) As notas de rodapé para conteúdo que não caiba no título ou nas células de dados devem conter estes símbolos *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, §§, ||||, ¶¶.

Figuras: Os ficheiros «figura» podem ser tantos quantas imagens tiver o artigo. Cada um destes elementos deverá ser submetido em ficheiro separado, obrigatoriamente em versão electrónica, pronto para publicação. As figuras (fotografias, desenhos e gráficos) não são aceites em ficheiros *word*.

Em formato TIF, JPG, BMP, EPS e PDF com 300 *dpi* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As legendas têm que ser colocadas no ficheiro de texto do manuscrito.

Caso a figura esteja sujeita a direitos de autor, é responsabilidade dos autores do artigo adquirir esses direitos antes do envio do ficheiro à Acta Médica Portuguesa.

Legenda das Figuras: Colocada por baixo da figura, gráfico e justificada à esquerda. Gráficos e outras figuras são habitualmente lidos de baixo para cima.

Só são aceites imagens de doentes quando necessárias para a compreensão do artigo. Se for usada uma figura em que o doente seja identificável deve ser obtida e remetida à Acta Médica Portuguesa a devida autorização. Se a fotografia permitir de forma óbvia a identificação do doente, esta poderá não ser aceite. Em caso de dúvida, a decisão final será do Editor-Chefe.

• **Fotografias:** Em formato TIF, JPG, BMP e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

• **Desenhos e gráficos:** Os desenhos e gráficos devem ser enviados em formato vectorial (AI, EPS) ou em ficheiro bitmap com uma resolução mínima de 600 dpi. A fonte a utilizar em desenhos e gráficos será obrigatoriamente Arial.

As imagens devem ser apresentadas em ficheiros separados submetidos como documentos suplementares, em condições de reprodução, de acordo com a ordem em que são discutidas no texto. As imagens devem ser fornecidas independentemente do texto.

AGRADECIMENTOS (facultativo)

Devem vir após o texto, tendo como objectivo agradecer a todos os que contribuíram para o estudo mas não têm peso de autoria. Nesta secção é possível agradecer a todas as fontes de apoio, quer financeiro, quer tecnológico ou de consultoria, assim como contribuições individuais. Cada pessoa citada nesta secção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome.

REFERÊNCIAS

Os autores são responsáveis pela exactidão e rigor das suas referências e pela sua correcta citação no texto.

As referências bibliográficas devem ser citadas numericamente (algarismos árabes formatados sobrescritos) por ordem de entrada no texto e ser identificadas no texto com algarismos árabes. **Exemplo:** “Dimethylfumarate has also been a systemic therapeutic option in moderate to severe psoriasis since 1994¹³ and in multiple sclerosis.¹⁴”

Se forem citados mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser indicadas, sendo separadas por traço.⁵⁻⁹

Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula.^{12,15,18}

As referências são alinhadas à esquerda.

Não deverão ser incluídos na lista de referências quaisquer artigos ainda em preparação ou observações não publicadas, comunicações pessoais, etc. Tais inclusões só são permitidas no corpo do manuscrito (ex: P. Andrade, comunicação pessoal).

As abreviaturas usadas na nomeação das revistas devem ser as utilizadas pelo National Library of Medicine (NLM) *Title Journals Abbreviations* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

Notas: Não indicar mês da publicação.

Nas referências com 6 ou menos Autores devem ser nomeados todos. Nas referências com 7 ou mais autores devem ser nomeados os 6 primeiros seguidos de “et al”.

Seguem-se alguns exemplos de como devem constar os vários tipos de referências.

Artigo:

Apelido Iniciais do(s) Autor(es). Título do artigo. Título das revistas [abreviado]. Ano de publicação;Volume: páginas.

nas.

1. Com menos de 6 autores

Miguel C, Mediavilla MJ. Abordagem actual da gota. *Acta Med Port.* 2011;24:791-8.

2. Com mais de 6 autores

Norte A, Santos C, Gamboa F, Ferreira AJ, Marques A, Leite C, et al. Pneumonia Necrotizante: uma complicação rara. *Acta Med Port.* 2012;25:51-5.

Monografia:

Autor/Editor AA. Título: completo. Edição (se não for a primeira). Vol.(se for trabalho em vários volumes). Local de publicação: Editor comercial; ano.

1. Com Autores:

Moore, K. *Essential Clinical Anatomy*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

2. Com editor:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. *Operative obstetrics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

Capítulo de monografia:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Relatório Científico/Técnico:

Lugg DJ. Physiological adaptation and health of an expedition in Antarctica: with comment on behavioural adaptation. Canberra: A.G.P.S.; 1977. Australian Government Department of Science, Antarctic Division. ANARE scientific reports. Series B(4), Medical science No. 0126

Documento electrónico:

1.CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

2. Monografia da Internet

Van Belle G, Fisher LD, Heagerty PJ, Lumley TS. *Biostatistics: a methodology for the health sciences* [e-book]. 2nd ed. Somerset: Wiley InterScience; 2003 [consultado 2005 Jun 30]. Disponível em: Wiley InterScience electronic collection

3. Homepage/Website

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01; [consultado 2002 Jul 9].Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>.

PROVAS TIPOGRÁFICAS

Serão da responsabilidade do Conselho Editorial, se os Autores não indicarem o contrário. Neste caso elas deverão ser feitas no prazo determinado pelo Conselho Editorial, em função das necessidades editoriais da Revista. Os autores receberão as provas para publicação em formato PDF para correcção e deverão devolvê-las num prazo de 48 horas.

ERRATA E RETRACÇÕES

A Acta Médica Portuguesa publica alterações, emendas ou retracções a um artigo anteriormente publicado. Alterações posteriores à publicação assumirão a forma de errata.

NOTA FINAL

Para um mais completo esclarecimento sobre este assunto aconselha-se a leitura do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* do International Committee of Medical Journal Editors), disponível em <http://www.ICMJE.org>.